

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO



ALPAN ORTHODONTICS
Dr. David Alpan and Associates

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Esta información es necesaria para nuestros archivos y se considerará CONFIDENCIAL)

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ ☐ Menor ☐ Masculino ☐ Femenino
Edad _____ Relación con el paciente _____ Estado civil: ☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Viudo/a
Si el paciente es menor, indique el nombre del padre, madre o tutor legal. _____ Correo electrónico _____
Domicilio _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ☐ Propia ☐ Alquila Teléfono _____
Celular _____ N.º de licencia de conducir _____ N.º de Seguro Social _____ Ocupación _____
¿Cuánto tiempo? _____ Empleador _____ Teléfono laboral _____ Dirección laboral _____
Familiar más cercano que no vive cerca _____ Dirección _____ Teléfono _____
Nombre del médico _____ ☐ No tengo Dirección _____ Teléfono _____
Dentista/Ortodoncista _____ ☐ No tengo Dirección _____ Teléfono _____
Escuela del menor _____ ¿Esta visita es por atención de ortodoncia de emergencia? ☐ Sí ☐ No
¿Cuál es su principal inquietud sobre su sonrisa, mordida o dientes? _____
¿Qué espera de esta cita? _____ ¿Quién nos lo recomendó? _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

Persona responsable de esta cuenta _____ Relación _____
Celular _____ Teléfono _____ Dirección _____
Compañía de seguro principal _____ Nombre del asegurado _____
N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Plan dental grupal _____
N.º de grupo _____ N.º de plan _____ Nombre del sindicato _____ Local _____
Compañía de seguro secundario _____ Nombre del asegurado _____
N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Relación _____ Plan dental grupal _____
N.º de grupo _____ N.º de plan _____ Nombre del sindicato _____ Local _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES Como condición del tratamiento en este consultorio, entiendo que los acuerdos financieros deben hacerse por adelantado. El consultorio requiere el reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su atención, y la responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento. Todos los servicios de ortodoncia de emergencia o cualquier servicio de ortodoncia realizado sin acuerdos financieros previos, deben pagarse en efectivo al momento de prestarse. Entiendo que los servicios de ortodoncia que recibo se me cobran directamente y que soy responsable personalmente del pago de todos ellos. Tengo seguro y entiendo que este consultorio ayudará a preparar mis formularios de seguro para gestionar cobros de mis aseguradoras y acreditará dichos cobros a mi cuenta. Sin embargo, AO no puede prestar servicios suponiendo que una aseguradora pagará los cargos. Todos los honorarios y cargos son responsabilidad del paciente o de la parte responsable.

CUESTIONARIO DE SALUD: Por la presente autorizo a mi aseguradora a pagar directamente a mi ortodoncista los beneficios que me correspondan según mi póliza. Se podrá aplicar un cargo **administrativo mensual de \$50** a cualquier saldo pendiente que no se pague dentro de 30 días. Entiendo que el presupuesto indicado para este servicio de ortodoncia solo puede mantenerse por un período de seis meses desde la fecha del examen del paciente. En consideración de los servicios profesionales prestados a mí, o a solicitud mía, por el Doctor o el personal, acepto pagar el valor razonable de dichos servicios al Doctor, o a cualquier cesionario, al momento de prestarse. Asimismo, acepto que el valor razonable de dichos servicios será facturado salvo que yo objete por escrito al momento del pago. Además, acepto que la renuncia ante el incumplimiento de cualquier término o condición no constituirá una renuncia a ningún otro término o condición. También acepto que, si este consultorio o yo iniciamos procedimientos legales respecto a montos que adeude por servicios prestados, la parte vencedora tendrá derecho a recuperar todos los costos incurridos, incluidos honorarios razonables de abogados o cobranza.

☐ He leído las condiciones de tratamiento anteriores y acepto su contenido. Firma _____ Fecha _____

HEALTH QUESTIONNAIRE Estas preguntas son para su beneficio y garantizan que el tratamiento tenga en cuenta su estado de salud pasado y presente. Algunas preguntas pueden parecer ajenas a su condición de ortodoncia, pero todas están relacionadas con una atención adecuada de la salud bucal. Responda cada pregunta. Marque la casilla correspondiente o encierre **SÍ** o **NO** donde corresponda.

HISTORIAL MÉDICO ¿Goza de buena salud? ☐ Sí ☐ No Fecha del último examen físico _____
¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? ☐ Sí ☐ No De ser así, ¿qué afección se trata? _____
¿Ha tenido alguna enfermedad grave u operación? ☐ Sí ☐ No De ser así, ¿cuál? _____
¿Alguna vez ha sido hospitalizado/a? ☐ Sí ☐ No De ser así, ¿cuál fue el problema? _____
¿Está tomando: ☐ Medicamentos ☐ Fármacos ☐ Hierbas De ser así, ¿cuáles? _____ ¿Dosis? _____
¿Consume drogas recreativas (marihuana, cocaína, etc.)? ☐ Sí ☐ No De ser así, ¿cuáles? _____
¿Le han dado antibióticos antes de un tratamiento dental? ☐ Sí ☐ No De ser así, ¿cuáles? _____
¿Es sensible o alérgico/a a algún medicamento o material? ☐ Sí ☐ No ☐ Penicilina ☐ Tetraciclina ☐ Sulfa Fármacos ☐ Aspirina ☐ Codeína ☐ Látex ☐ Otro _____

¿Fuma? ☐ Sí ☐ No ☐ Cigarrillos ☐ Puros ☐ Cajetillas por día
De ser así, ¿cuánto? _____
Have you ever taken these drugs? ☐ Sí ☐ No ☐ Fen-phen ☐ Redux
☐ Zometa ☐ Actonel ☐ Boniva ☐ Fosamax (Bisfosfonato) ☐ Medicamentos para adelgazar

MUJERES ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No De ser así, ¿cuántos meses? _____
¿Tiene problemas asociados con su período menstrual? ☐ Sí ☐ No
Do you take any birth control medication and hormones? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene hijos? ☐ Sí ☐ No De ser así, ¿cuántos? _____

ENFERMEDAD, AFECCIÓN O PROBLEMA

☐ Fiebre del heno	☐ Enfermedad renal	☐ Varicela	☐ Sangrado excesivo	☐ Fiebre reumática	☐ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
☐ Convulsiones	☐ Adicción a drogas	☐ Reumatismo	☐ Alergia a metales	☐ Desmayos	☐ Trastorno de ATM (articulación temporomandibular)
☐ Cáncer	☐ Parálisis cerebral	☐ Enfisema	☐ Medicamento con cortisona	☐ Enfermedad tiroidea	☐ Dolor de ATM o mandíbula
☐ Asma	☐ Ataque cardíaco	☐ Herpes labial	☐ Anemia falciforme	☐ Trastorno mental	☐ Dificultad para dormir
☐ Artritis	☐ Afecciones cardíacas	☐ Hemofilia	☐ Prótesis artificial	☐ Angina de pecho	☐ Problemas de sueño
☐ Diabetes	☐ Enfermedad de la sangre	☐ Amigdalitis	☐ Dolor en articulaciones mandibulares	☐ Epilepsy or Convulsiones	☐ Dificultad para masticar
☐ Úlceras	☐ Soplo cardíaco	☐ Glaucoma	☐ Alergias o urticaria	☐ Tratamiento psiquiátrico	☐ Problemas de sueño
☐ Derrame cerebral	☐ Problemas sinusales	☐ Implante(s)	☐ Tumores o crecimientos	☐ Hepatitis o ictericia	☐ Dificultad para comer
☐ Herpes	☐ Escarlatina	☐ Dolores de cabeza	☐ Trastornos nerviosos	☐ Dificultad para tragar	☐ Cardiopatía congénita
☐ Anemia	☐ Insuficiencia cardíaca	☐ Enfermedad respiratoria	☐ Reemplazo articular	☐ Osteoporosis	☐ Dificultad para comer
☐ Apnea del sueño	☐ Lesiones en la cabeza	☐ Complejo relacionado con VIH	☐ Azúcar baja en sangre	☐ Tratamiento con rayos X o cobalto	
☐ Ronquidos	☐ Moretones con facilidad	☐ Presión arterial baja	☐ Transfusión de sangre	☐ Radioterapia (de cualquier tipo)	
☐ Úlceras estomacales		☐ Presión arterial alta	☐ Tuberculosis (T.B.)	☐ Enfermedad venérea (sífilis, gonorrea)	
☐ Quimioterapia		☐ Prolapso de válvula mitral			

¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema no indicado que debamos conocer? ☐ Sí ☐ No De ser así, ¿cuáles? _____

HISTORIAL DENTAL ¿Alguna vez le recomendaron tratamiento de ortodoncia? ☐ Sí ☐ No De ser así, ¿quién? _____

¿Ha recibido tratamiento de ortodoncia? ☐ Sí ☐ No De ser así, ¿en qué fecha? _____

¿Terminó todo su tratamiento dental o hay más planeado? ☐ Sí ☐ No De ser así, explique. _____

¿Cuánto tiempo desde sus últimas radiografías completas? ☐ Semanas _____ ☐ Meses _____ ☐ Años _____

¿Cuánto tiempo desde su última limpieza dental? ☐ Semanas _____ ☐ Meses _____ ☐ Años _____

¿Siente ansiedad durante el tratamiento dental? ☐ Sí ☐ No Si respondió sí: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

¿Usa actualmente algún aparato dental removible? ☐ Sí ☐ No De ser así, explique. _____

¿Qué le gustaría mejorar de su sonrisa? _____

☐ Reconozco que he recibido una copia del **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** de este consultorio. Entiendo además que el consultorio me ofrecerá actualizaciones de este AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD si se enmienda, modifica o cambia de alguna manera.

El paciente se negó o no pudo firmar porque: _____

☐ A mi leal saber y entender, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si cambia mi salud o mis medicamentos, informaré sin falta al doctor en mi próxima cita.

Firma _____ Fecha _____

Revisado por _____ N.º de licencia _____ Fecha _____

¡EL CUESTIONARIO DE SALUD DEBE ACTUALIZARSE CONTINUAMENTE!

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Por la presente autorizo al ortodontista encargado del paciente cuyo nombre aparece en este formulario a realizar los procedimientos que se consideren necesarios o aconsejables para su diagnóstico y tratamiento. Se me ha informado de todas las posibles complicaciones. Todos los servicios se prestan y aceptan bajo los términos y condiciones impresos al reverso. La autorización debe ser firmada por el paciente o por el familiar más cercano en caso de un menor o cuando el paciente tenga incapacidad física o mental.

Firma _____ Fecha _____